

Medicatieverstrekking

Verklaring medicijnverstrekking

Hierbij geeft _____ (naam ouder)

toestemming om aan _____ (naam kind)

van groep _____ (naam groep)

tijdens het verblijf bij Kindercentrum Madelief het hierna genoemde medicijn/zelfzorgmiddel toe te dienen

Naam medicijn / zelfzorgmiddel _____

Het medicijn moet voldoen aan de volgende voorwaarden:

- ✓ Het medicijn moet in de originele verpakking zitten
- ✓ Het medicijn moet voorzien zijn van een geldige gebruiksaanwijzing
- ✓ De naam van het kind moet vermeld staan op de verpakking
- ✓ Het medicijn moet voorzien zijn van een houdbaarheidsdatum
- ✓ Een nieuw medicijn moet eerst al een keer door de ouders zijn toegediend aan het kind

Het medicijn / zelfzorgmiddel wordt verstrekt op voorschrift van (naam arts / ouder / verzorger)

Het medicijn dient als volgt te worden toegediend

Dosering: _____

van _____ (begindatum) tot _____ (einddatum)

om _____ uur

Het medicijn wordt op de volgende manier toegediend:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> via mond | <input type="radio"/> via oor |
| <input type="radio"/> via neus | <input type="radio"/> via anus |
| <input type="radio"/> via oog | <input type="radio"/> via huid |

Houdbaarheidsdatum medicijn _____

Dient het medicijn in de koelkast bewaard te worden? ja / nee

Madelief is niet aansprakelijk voor de gevolgen van het toedienen van het medicijn/zelfzorgmiddel.

Voor akkoord, Gennep _____ (datum)

Naam ouder / verzorger: _____ handtekening: _____

Naam medewerker: _____ handtekening: _____

